

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean LABADILLE

Interne de l'Hôpital Civil de Versailles

né le 17 septembre 1895, à Alençon (Orne)

**SUR UN CAS DE SYPHILOME LARYNGÉ
DIFFUS SUS-GLOTTIQUE**

Contribution thérapeutique à l'étude de cette affection

Président : M. ACHARD, professeur.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

Année 1927

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean LABADILLE

Interne de l'Hôpital Civil de Versailles

né le 17 septembre 1895, à Alençon (Orne)

SUR UN CAS DE SYPHILOME LARYNGÉ
DIFFUS SUS-GLOTTIQUE

Contribution thérapeutique à l'étude de cette affection

Président : M. ACHARD, professeur.

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927



LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS
Physiologie	CUNEO
Physique médicale	ROGER
Chimie organique et chimie générale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ
Pathologie chirurgicale	SICARD
Anatomie pathologique	LECÈNE
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT
Médecine légale	Léon BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIER
Clinique médicale	RATHERY.
	GILBERT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies infectieuses	HARTMANN
Clinique chirurgicale	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhin-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A` L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Hommage de profonde affection et
de reconnaissance.*

A MA FEMME

Témoignage de vive affection.

A MON FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE VERSAILLES

Monsieur le Docteur WAPLER

Monsieur le Docteur REMILLY

Monsieur le Docteur SODERLINDH

Monsieur le Docteur BRUNEL

A Monsieur le Professeur CHARLES ACHARD

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette Thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Nous avons eu l'occasion d'observer, à l'Hôpital civil de Versailles, dans le service du Docteur Brunel, deux cas de syphilis tertiaire du larynx à forme grave, en raison de l'asphyxie considérable qu'ils ont entraînée. Dans le premier cas, nous avons dû pratiquer la trachéotomie d'urgence, et le malade a succombé peu de temps après, malgré l'institution du traitement spécifique.

Dans le second cas, nous avons été assez heureux pour voir s'amender tous les symptômes par l'effet du seul traitement médical.

Or, les accidents pour lesquels on est appelé auprès de tels malades revêtent un caractère souvent effrayant : dyspnée paroxystique intense, suffocation. Il importe à ce moment de ne pas s'en laisser imposer par la gravité de ces troubles. Le traitement d'urgence de l'asphyxie, la trachéotomie, s'il s'impose dans certains cas, doit n'être pratiqué qu'à la dernière extrémité. Les inconvénients qu'elle présente pour le malade ne sont pas à décrire, **et les résultats** obtenus restent médiocres ou même sont néfastes.

Dieulafoy conclut, à la fin de son chapitre sur la

syphilis tertiaire du larynx : « Il ne faut pas se hâter de pratiquer la trachéotomie, alors même que l'asphyxie paraît imminente. On meurt rarement de laryngopathie syphilitique, et, si l'on agit vigoureusement au moyen du traitement que je viens d'indiquer, on est presque toujours assez heureux pour conjurer le danger sans pratiquer l'opération. »

Et il conseille de frapper fort, vite et longtemps, et fait appel à de fortes doses d'iodure et de mercure.

C'est ce traitement, adapté à la thérapeutique moderne, mais toutefois avec une juste prévention à l'égard de l'iode, que nous avons appliqué à notre second malade.

Nous rapporterons ces deux observations. Il nous a paru singulièrement intéressant de les rapprocher, comme en un dyptique, pour mieux en opposer l'évolution sous l'influence de deux thérapeutiques différentes.

D'autre part, si notre première observation est celle d'une syphilis tertiaire du larynx banale, la seconde nous a permis d'étudier une forme clinique plus rare : l'infiltration gommeuse diffuse sus-glottique.

Nous passerons rapidement en revue les différentes formes de syphilis laryngée tertiaire, et nous verrons la place qu'y tient l'infiltration gommeuse diffuse.

Nous rapporterons la plupart des observations déjà connues et nos observations personnelles.

CHAPITRE PREMIER

La Syphilis laryngée tertiaire

Les statistiques proposées par Fournier donnent une fréquence moyenne de trente-deux cas de syphilis tertiaire du larynx sur quatre mille quatre cents cas observés. La statistique de Revol l'estime à trois cas pour cent environ. Nous n'avons pu, au cours de deux années de consultation oto-rhino-laryngologique, en relever que deux cas authentiques. Cela tient sans nul doute à la régularité et à l'efficacité du traitement antispécifique que suivent aujourd'hui les syphilitiques dans les dispensaires spéciaux.

La syphilis laryngée tertiaire se présente sous un grand nombre d'aspects, suivant le cas considéré et l'ancienneté de la lésion.

Les données anatomo-pathologiques étant incomplètes, on distingue, à l'examen laryngoscopique, les formes anatomo-cliniques suivantes :

1° Des gommes, qui sont généralement uniques et siègent souvent sur l'épiglotte et les cordes vocales supérieures ;

2° Des ulcérations, qui sont très fréquentes et proviennent de l'ouverture des gommes. Les bords de ces

ulcérations sont nets, taillés à pic très profondément ;

3° Des infiltrations, qui peuvent être sus-glottiques ou sous-glottiques, et parfois tout ensemble ;

4° Des périchondrites, dont le siège de prédilection semble être l'aryténoïde, et aussi, quoique moins souvent, le cricoïde et le thyroïde.

Enfin, nous ne retiendrons que pour mémoire les lésions plus tardives englobées sous la dénomination de lésions parasymphilitiques, à allure chronique, et qui sont peu ou pas influencées par le traitement.

Nous ne retiendrons, parmi toutes ces formes, que celles qui présentent à considérer des lésions inflammatoires aiguës avec congestion intense des régions envahies. Dans ces cas, il y a un apport cellulaire considérable avec prolifération. Ces lésions inflammatoires représentent le type de la lésion syphilitique sur lequel la thérapeutique agit dans le sens le plus favorable.

L'infiltration se présente sous deux formes extrêmes. Elle peut être nodulaire ou diffuse. Dans le premier cas, on a affaire à une gomme qui, nous l'avons vu plus haut, est très souvent unique. Dans le second cas, et c'est le seul que nous nous proposons d'étudier, il n'y a pas de limites bien nettes à l'envahissement. C'est à cette forme qu'on réserve le nom d'infiltration gommeuse diffuse. Dans l'un comme dans l'autre cas, c'est la même lésion, et elles ne diffèrent entre elles que par des questions de degré. Seuls, le siège, l'étendue et subséquemment l'intensité des troubles fonctionnels varient.

Le type le plus fréquent de l'infiltration est, d'après

Revol, l'infiltration sous-glottique.

La raison de ce siège particulier nous est donnée par l'étude histologique de la muqueuse laryngée. La muqueuse du larynx est tapissée d'un épithélium pavimenteux sur l'orifice supérieur et sur les cordes vocales inférieures. Partout ailleurs, il est cylindrique à cils vibratiles. Cette muqueuse, doublée de son chorion, adhère plus ou moins intimement aux parties sous-jacentes, suivant la région considérée.

C'est ainsi que les replis aryténo-épiglottiques, les ventricules, et plus particulièrement le revêtement muqueux qui unit le bord libre des cordes vocales au cricoïde, se laissent aisément gagner par l'infiltration. Si l'infiltration sous-glottique est assez fréquente, l'infiltration sus-glottique généralisée est beaucoup plus rare. Elle est caractérisée par ce fait qu'elle envahit toute la portion sus-glottique du larynx en même temps. L'épiglotte, les aryténoïdes, les replis aryténo-épiglottiques sont très infiltrés et revêtus d'une muqueuse enflammée, d'un rouge vif. Les cordes vocales supérieures et inférieures participent à cette inflammation diffuse et contribuent encore à rétrécir considérablement le larynx.

En résumé, on observe, suivant les cas :

1° Des infiltrations localisées, soit à l'épiglotte, soit aux aryténoïdes, soit sur les cordes ;

2° Des infiltrations diffuses, totales, où tout est pris à la fois, avec prédominance possible en des points définis.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

(d'après Revol)

Infiltration sous-glottique droite
Arthrite crico-aryténôïdienne avec subluxation
consécutive de l'aryténôïde droit

Mme G., 30 ans, concierge à Lyon, rentre le 6 juin 1923 dans le service de M. Garel, à l'Hôtel-Dieu, en plein accès de suffocation avec tirage sus-claviculaire et sus-sternal léger. Elle tousse un peu, ne crache pas. Quelque temps auparavant, elle était venue à la consultation, où elle avait été considérée comme bacillaire, traitée comme telle et améliorée quant à l'état général. Mariée il y a onze ans, elle a une fillette âgée de 10 ans, bien portante ; pas de fausses-couches ; ne paraît pas avoir eu d'accidents syphilitiques. Tout ce qu'elle dit, c'est qu'elle aurait été opérée d'une tumeur de l'épaule de nature indéterminée. A son entrée, l'examen montre sur la jambe gauche une cicatrice blanchâtre d'aspect bien suspect. Sur le tibia gauche, des exostoses, une autre sur le tibia droit dont la nature ne paraît pas douteuse, et qui sont survenues depuis environ deux mois.

Réinterrogée, on ne trouve aucun accident syphilitique ; ni fausse-couche, ni céphalée, ni alopécie, ni dysphagie. Au larynx : grosse tuméfaction rouge sous la corde droite, qui est elle-même un peu rouge. Une friction à l'onguent napolitain tous les jours. Le quatrième, amélioration considérable : la respiration est bien plus facile, les exostoses ont notablement diminué.

22 juin. — On remplace les frictions par I K : 4 gr.

30 juin. — Larynx va bien.

4 juillet. — I K : 6 gr. Les exostoses ont encore diminué ; à gauche, elles ont presque disparu. Malade sort de l'hôpital.

4 août. — La respiration se fait bien. La voix est très améliorée. L'ouverture glottique est plus large. Les cordes se dessinent nettement : la droite est peu mobile, la gauche a toute sa mobilité. Les deux aryténoïdes sont subluxés l'un sur l'autre, le droit en avant du gauche. Les exostoses sont à peine saillantes. On continue I K.

29 août. — La malade revient de la campagne ; elle pèse 57 kilogs, soit une augmentation de 6 kilogs depuis sa sortie. Elle respire très bien. La phonation est presque normale. La glotte s'ouvre d'une façon satisfaisante. La corde droite est à peu près immobile, légèrement atrophiée et teintée en rose. Les aryténoïdes chevauchent toujours, le droit en avant du gauche. Exostoses à peine saillantes. On continue I K : 4 gr.

17 septembre. — Même état. I K : 3 gr.

29 septembre. — Localement, peu de différence. La voix s'améliore pourtant de plus en plus.

5 novembre. — Poids 65 kilogs. Corde droite toujours immobilisée. La corde gauche est normale, comme coloration et comme fonctionnement. Les exostoses ont disparu.

Mars 1904. — Même état.

OBSERVATION II

(d'après Revol)

Infiltration aryténoïdienne

Mme M..., 52 ans. Prise de suffocation, est amenée de G... à Lyon, à un chirurgien qui lui fait une trachéotomie. Le chirurgien et le médecin pensent qu'il s'agit de tumeur cancéreuse du larynx et songent à l'ablation de l'organe.

Auparavant, on amène la malade à M. Garel, le 11 juillet 1896. La voix est prise depuis trois ans. Depuis la même époque, il existe une toux quinteuse voilée. L'examen montre une grosse tuméfaction de l'aryténoïde droit, donnant absolument l'impression d'un néoplasme. A titre d'épreuve, la malade est soumise au traitement ioduré pendant trois semaines.

4 août. — L'état est stationnaire. Suppression de l'iodure. La lésion est considérée comme cancéreuse ; on donne du condurango, du glycérophosphate, etc... L'état général s'améliore, l'appétit est excellent. La tumeur ne progresse pas.

Février 1897. — La malade, qui a été soumise de nouveau au traitement ioduré, va bien mieux. Le larynx est très amélioré. La tuméfaction aryténoïdienne est bien diminuée.

1903. — Malade revue. Va tout à fait bien. Elle a gardé sa canule pendant trois ans. Longtemps, elle a porté une canule à soupe. Son larynx est devenu absolument normal.

OBSERVATION III

(d'après Revol)

Infiltration des deux aryténoïdes

Gros œdème sus-glottique — Trachéotomie — Guérison

Angèle P..., 32 ans. Est reçue le 25 janvier 1898, en plein

accès de suffocation, dans la clinique du Professeur Lépine, qui la fait passer chez M. Garel. Elle y arrive, pouvant à peine parler, avec cornage et tirage excessifs.

La gêne respiratoire date de dix mois, la dysphonie de six à sept mois, la dyspnée intense et la suffocation de quelques semaines. Trachéotomie immédiate.

Examen laryngoscopique : infiltration œdémateuse énorme de toute la partie supérieure du larynx ; l'épiglotte cache toutes les parties sous-jacentes et cache complètement l'orifice supérieur.

Le mari a la syphilis depuis cinq ans. La malade a eu, depuis sept ans, huit fausses-couches et quatre enfants vivants.

10 février. — On donne à la malade 4 et 5 gr. d'I K par jour.

28 février. — Amélioration considérable de l'infiltration.

OBSERVATION IV

(d'après Polyak)

Infiltration gommeuse diffuse

Homme de 42 ans, employé dans des mines de charbon. Syphilis contractée vingt-deux ans auparavant. Malade pris de dyspnée et de douleurs à la déglutition, larynx devenu très sensible à la palpation extérieure.

L'épiglotte, augmentée de trois fois son volume environ, était très infiltrée, revêtue d'une muqueuse de couleur pourpre et présentait au milieu de son bord libre une encoche profonde cicatrisée.

Les aryténoïdes, les ligaments aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures et inférieures, très injectées et infiltrées, rétrécissaient beaucoup le larynx au niveau de la glotte et dans toute sa partie sus-glottique.

Le malade fut très amélioré par trois injections de sublimé à la dose de 0 gr. 05. Il put éviter la trachéotomie, mais sans guérir complètement.

OBSERVATION V

(d'après Revol)

Infiltration sus et sous-glottique du côté gauche

Mme B..., 39 ans, envoyée en consultation à M. Garel le 28 septembre 1895. Enrouée depuis trois mois. Il y a six jours, menaces de suffocation conjurées par des éponges chaudes placées sur le cou et par l'administration de bromure. Bonne santé antérieure. Bon état général. Mariée sans enfants, elle nie la syphilis.

Examen : le corps thyroïde est un peu gros. Immobilisation de la corde gauche avec grosse infiltration au-dessus et surtout au-dessous d'elle. Rien aux poumons.

Le diagnostic est syphilis. Institution du traitement. Résultat excellent; voix actuellement excellente.

OBSERVATION VI

(d'après Revol)

Infiltration sus-glottique généralisée Lésions tertiaires du nez et du pharynx

Mme F... R..., 52 ans. Envoyée en consultation à M. Garel

Le 28 août 1898. Depuis dix-huit mois, elle a des troubles de la voix. Depuis un an, elle est gênée pour respirer, et elle a eu à plusieurs reprises des accès de suffocation. Ces symptômes se sont d'ailleurs légèrement améliorés depuis qu'elle prend de l'iode à la dose de 2 grammes par jour. Elle a eu cinq enfants et pas de fausse-couche. Elle a perdu son mari après sept ans de mariage. Cinq ans après, mal de gorge avec dysphagie, qui a duré six mois. Le nez est légèrement aplati. La cloison est presque détruite. En outre, elle a de l'ozène.

L'examen laryngoscopique ne permet pas de voir la glotte. Le vestibule laryngien est occupé par deux gros bourrelets latéraux qui viennent se rejoindre sur la ligne médiane. La région aryténoïdienne est le siège d'une infiltration qui contribue encore à l'oblitération des voies respiratoires.

Malade non revue.

OBSERVATION VII

(d'après Revol)

Infiltration sus-glottique généralisée

Mme C..., 34 ans, vient à la consultation pour aphonie de plus en plus marquée, datant de cinq mois. Elle n'a pas de dysphagie, ne tousse pas et n'a pas maigri. Mariée à vingt ans, elle a eu quatre enfants, dont trois sont morts. Elle n'a pas fait de fausse-couche. Son mari a eu la syphilis, et deux de ses enfants, le troisième et le quatrième, auraient présenté des accidents à leur naissance. C'est vers cette époque que la malade aurait été contaminée, il y aurait sept ans. A ce moment, elle

a été enrôlée pendant quatre mois. Elle n'a jamais eu ni boutons, ni plaques.

Au premier abord, l'aspect des lésions simule assez bien la tuberculose. Le voile et l'épiglotte sont un peu décolorés. Il y a un gonflement très marqué de toute la portion sus-glottique du larynx. Mais cette infiltration est d'un rouge vif intense, particulièrement du côté gauche. Les aryténoïdes sont à peine le siège d'une légère infiltration avec inflammation. Ce sont surtout les replis aryténo-épiglottiques et les bandes qui sont infiltrés et tuméfiés. Les cordes sont à peu près complètement masquées par le gonflement sus-jacent.

La malade entre à l'hôpital et on lui donne 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

30 septembre. — La voix est très améliorée. Les lésions ont rétrocedé, la rougeur et le gonflement ont diminué.

23 octobre. — L'ouverture glottique est sensiblement normale. La voix est assez bonne. Il ne persiste qu'un léger épaississement de la corde gauche.

CHAPITRE III

Examen clinique des Syphilomes sus-glottiques

Si nous cherchons, sans revenir sur l'examen laryngoscopique qui nous a permis de classer ces différentes formes, à donner un bref aperçu des signes fonctionnels qu'elles provoquent, nous noterons d'abord la richesse de l'appareil symptomatique, l'absence d'originalité propre à ces symptômes, tous symptômes d'emprunt. Enfin, nous ferons remarquer qu'il n'existe point de lien entre tel tableau critique et telle localisation du processus d'infiltration, et d'autre part entre la violence des troubles et la gravité des lésions. Ainsi existe-t-il toujours ces signes propres aux affections laryngées en général :

La dyspnée, qui peut dans certains cas s'accompagner de tirage et de cornage ; la dysphonie, qui est fréquente mais pas constante cependant ; la toux, qu'on rencontre de préférence dans les lésions aryténoïdiennes ; l'expectoration, qui ne présente pas de caractères particuliers.

La dyspnée est une dyspnée à type laryngé, inspiratoire. Elle peut aller de la simple anhélation jusqu'à l'asphyxie grave. Elle s'accompagne de cornage et de tirage, et on observe un ralentissement du rythme respiratoire.

Cette dyspnée est due au rétrécissement du Larynx. Elle peut s'établir brusquement en cas d'œdème, ou s'installer progressivement, s'amender pendant quelque temps sans raison apparente, puis reprendre une intensité nouvelle sous l'influence d'un refroidissement ou d'un excès quelconque. Enfin, assez souvent, cette dyspnée présente des paroxysmes nocturnes qui obligent les malades à rester debout, dans la crainte de voir leurs accès d'étouffement reprendre avec le sommeil. Ces troubles de la respiration sont à peu près constants, sauf dans les cas d'infiltration épiglottique pure, où on les rencontre rarement.

Les troubles de la voix sont très fréquents, mais pas constants cependant. Ils sont les premiers en date et peuvent aller de l'enrouement léger à l'aphonie complète, surtout dans les cas d'œdème avec suffocation. Ils sont prédominants dans les formes d'infiltration crico-aryténoïdienne avec immobilisation de la corde par l'arthrite.

La toux est assez fréquente, surtout dans les lésions aryténoïdiennes.

La douleur à la pression est assez rare. Dans les formes aryténoïdiennes, on rencontre souvent de la douleur à la déglutition, avec douleurs irradiées vers l'oreille.

D'après ce qui précède, nous voyons qu'il n'y a pas, théoriquement, de signes absolument constants. Cependant, il en est deux qui manquent rarement et dont l'importance est considérable : la dyspnée et la dysphonie ; car ce sont en général ceux-là qui décident les malades à venir consulter.

L'évolution est très variable. Elle se fait généralement par poussées successives, avec des améliorations temporaires entrecoupées d'accidents paroxystiques dus au spasme, ou à l'infection. On peut observer, quoique rarement, la régression spontanée, mais, plus souvent, on assiste à des crises d'œdème qui obligent de toute urgence à pratiquer la trachéotomie. Parfois même, on n'a pas le temps de faire l'intervention, tant l'asphyxie a été brutale. On voit aussi les trachéotomisés succomber à des affections pulmonaires, un temps plus ou moins long après l'opération. Enfin, la guérison peut survenir normalement sous l'influence du traitement spécifique.

Les complications sont fréquentes. Les lésions ulcéreuses laissent souvent après elles des adhérences, des cicatrices qui compromettent tout à la fois la voix et la respiration.

On observe des arthrites avec ankylose, et parfois avec luxation d'un cartilage. On peut voir également des périchondrites, avec, lorsque les régions extra-laryngées sont atteintes, des phlegmons du cou signalés par Mauriac.

Il ne s'agit là que de complications propres à toute syphilis tertiaire du larynx. Toutefois, plus l'infiltration est diffuse, plus les complications semblent à redou-

ter, et plus en période aiguë des accidents paroxystiques et impressionnants sont à craindre.

Le diagnostic est celui des dyspnées laryngées. Le larynx s'abaisse à chaque inspiration. Quand l'obstacle est dans la trachée, le larynx ne présente pas ce mouvement d'abaissement. Plus tard, la dyspnée devient du cornage.

Mais c'est seulement par l'examen laryngoscopique que l'on peut préciser les lésions et leur siège exact. Tout d'abord, il est un diagnostic relativement facile à faire, c'est celui de la laryngite tuberculeuse.

A la période d'infiltration, ces malades accusent une odynophagie atroce, surtout pour les liquides.

D'une façon générale, à l'examen laryngoscopique, on ne trouve pas l'aspect rouge vif des lésions syphilitiques, mais plutôt un aspect lavé de la muqueuse ; les cordes présentent un épaissement rosé. Le bord libre des cordes est érodé sur toute son étendue peu profondément.

Quand la lésion siège sur la région aryténoïdienne et l'épiglotte, on a une infiltration sus-glottique dont l'aspect en museau de tanche est très caractéristique.

Dans la syphilis, l'infiltration sus-glottique est habituellement d'aspect moins boursoflé.

Enfin, et surtout, la laryngite bacillaire survient le plus souvent chez des tuberculeux pulmonaires dont l'état général est par ailleurs grave. Il suffit alors de considérer l'aspect très caractéristique du malade pour faire à peu près sûrement le diagnostic. A ce moment-là,

on peut dire que ce n'est même plus un diagnostic de spécialiste.

Le diagnostic avec le cancer est beaucoup plus difficile. Il y a classiquement quelques signes distinctifs, tels que l'enrouement prolongé, l'augmentation de volume du larynx, la fétidité de l'haleine. En réalité, même à l'examen laryngoscopique, il est souvent presque impossible de porter un diagnostic ferme. Seule la biopsie peut décider de la nature de l'affection.

Les associations syphilo-tuberculeuses peuvent être fort embarrassantes. En règle générale, c'est la tuberculose qui l'emporte de beaucoup par la gravité de ses symptômes. C'est donc le traitement antituberculeux qui doit dominer.

Enfin, il se présente des cas complexes, où les troubles laryngés sont mixtes et où il faut faire la part de ce qui peut revenir aux différents éléments pathologiques associés. C'est le cas où la dyspepsie laryngée est due tout à la fois à des lésions tertiaires du larynx et à des troubles symptomatiques d'une dilatation aortique.

CHAPITRE IV

Observation inédite d'infiltration syphilitique sus-glottique (Discussion thérapeutique)

OBSERVATION I

(inédite)

Nous la rapportons brièvement, bien qu'elle n'ait pas absolument trait au sujet qui nous occupe, pour bien montrer les dangers de la trachéotomie chez ces malades. Celle-ci était pourtant nécessaire, en raison de l'issue fatale dont le malade était menacé et du peu d'efficacité qu'on était en droit d'attendre d'un traitement spécifique sur les lésions très anciennes :

L..., 43 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de laryngite chronique. Il a eu quelques troubles de la voix et une dyspnée progressivement croissante, à exacerbation nocturne. Pas de dysphagie, pas de douleurs. Depuis un mois, il ne peut plus rester au lit, parce qu'il a des crises d'étouffement très angoissantes. Ses antécédents héréditaires et personnels n'ont

rien de particulier. Il a eu cinq enfants; le premier est un arriéré.

A l'examen, le cou est un peu gros. Pas de douleurs à la pression. La voix est voilée, la toux rauque. A l'examen laryngoscopique, lésions cicatricielles de la région aryénoïdienne et de la corde gauches. Un peu d'œdème. L'examen des crachats est négatif. La réaction de Bordet-Wassermann est très fortement positive.

Traitement à l'acétylarsan, une série de huit piqûres; pas d'amélioration. On lui fait alors 0,15-0,30 et 0,45 de novarsénobenzol. On est obligé de s'arrêter, à cause de l'intolérance très marquée du sujet pour l'arsenic. Bien plus, l'asphyxie est tellement menaçante qu'on pratique la trachéotomie d'urgence. Trois jours après, le malade va un peu mieux, et on lui fait une série de douze piqûres de cyanure à la dose de un centigramme par jour. Pas d'amélioration. Le malade, qui est très indocile, enlève et remet lui-même sa canule plusieurs fois par jour, malgré la surveillance. Il meurt d'affection pulmonaire aiguë. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION II

(inérite)

Mme H... (Berthe), sans profession, âgée de 45 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 59 ans, de tuberculose pulmonaire. Mère morte à 59 ans, de maladie de cœur. Un frère de 50 ans, bien portant, et une sœur de 40 ans qui est tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La malade déclare ne pas avoir été malade dans le cours de son enfance. Réglée à 12 ans,

elle s'est mariée à 15 ans. Son mari a eu la fièvre typhoïde à 14 ans, une congestion pulmonaire en 1917, et fait une « attaque de paralysie » en 1921, après avoir craché du sang rouge pendant une huitaine de jours. Cette paralysie a d'ailleurs disparu sans laisser d'autres traces qu'une faiblesse relative des membres inférieurs. Depuis cette époque, sans être malade, il mène une existence dont l'activité est très réduite.

Jusqu'à l'âge de 30 ans, Mme H... déclare n'avoir jamais été malade. Elle toussait très fréquemment, surtout le matin au réveil. Elle dit n'avoir jamais craché. Au cours de son trentième année, elle a fait une angine, avec, dit-elle, abcès de la gorge, qui a duré un mois environ et a guéri sans autre traitement que des gargarismes.

Elle a mis au monde douze enfants à terme. Elle a eu le premier à l'âge de 15 ans et le dernier à l'âge de 43 ans. Elle n'a pas fait une seule fausse-couche, n'a jamais eu de suites de couches, et on n'a dû qu'une seule fois lui faire une application de forceps, à cause du trop gros volume de l'un de ses enfants.

Sur ces douze enfants :

Six sont actuellement bien portants ;

Deux sont malades : l'aîné, âgé de 28 ans, est en traitement pour péritonite tuberculeuse ; une autre fille de 17 ans est dans un sanatorium, pour péritonite également ;

Quatre sont morts :

Un de méningite tuberculeuse à l'âge d'un an ;

Un de congestion pulmonaire à 9 mois ;

Un de tuberculose rénale à 23 ans ;

Enfin, le dernier de ces douze enfants est venu au monde mort en 1924.

C'est d'ailleurs à cette époque que la malade fait remonter le début de son affection. Elle a eu de grands chagrins dans les derniers mois de sa grossesse. Sa fille, opérée de tuberculose rénale, est morte avant la fin de la gestation de Mme H... L'enfant vint toutefois au monde à terme, mais mort et d'apparence très médiocre quant au volume, alors qu'auparavant elle avait toujours eu de gros enfants. Les suites de couches furent normales.

Deux mois après environ, la malade fut prise de violents maux de tête diurnes et nocturnes, sans température, et il lui vint une éruption prédominante surtout aux membres inférieurs. Elle consulta un médecin, qui lui prescrivit de l'iodure de potassium. En un mois, tout rentra dans l'ordre, sauf la présence de petites cicatrices pigmentées, très légèrement déprimées, qui subsistent encore actuellement. Cette manifestation cutanée était à peine terminée que la malade fut reprise de violents maux de tête diurnes et nocturnes et de fourmillements dans les deux mains. Subitement, ces symptômes cessèrent au début d'octobre 1925, pour faire place à une tumeur indolore au niveau du cinquième métacarpien, à la face dorsale de la main droite. Cette tumeur, grosse comme une noisette, était de coloration rouge foncé, lorsqu'elle s'est ouverte spontanément, au bout de sept mois, sans traitement, pour donner très difficilement issue à une matière assez consistante. La guérison s'est effectuée très vite après l'évacuation du contenu de la tumeur.

Actuellement, il persiste à ce niveau une cicatrice pigmentée un peu déprimée. Au mois de mai 1924, la main de la malade était à peu près guérie, lorsqu'il lui vint un gros ganglion cervical droit. Ce ganglion atteint son volume maximum en peu de jours. Il présente à peu près les dimensions d'une grosse noix

et n'est pas douloureux. On prescrit à la malade des compresses de sérum et on lui fait prendre du sirop iodo-tannique. A la fin de mai, ce ganglion cervical a presque complètement disparu.

Tout paraît donc s'arranger, quand, du jour au lendemain, sans raison apparente, la voix de la malade se couvre, et elle ne peut plus causer normalement. De plus, elle éprouve quelque difficulté à respirer. On lui fait faire des inhalations et on pratique une prise de sang pour analyse. La réaction de Bordet-Wassermann est positive avec une très forte intensité ; aussi lui prescrit-on du sirop de Gibert. Après dix jours de traitement, la malade voit sa situation empirer : elle étouffe sans cesse, ne dort plus et ne peut même plus garder le lit, tant elle est angoissée par cette dyspnée croissante. La malade, qui est une personne très énergique, sentant bien que le traitement n'a fait qu'aggraver son état, cesse d'elle-même toute médication et attend encore quelques jours avant de se présenter à la consultation.

Ce n'est que le 10 août 1926 que nous la voyons pour la première fois et qu'elle peut à peine nous indiquer ce qu'elle ressent et nous dire depuis combien de temps dure son état. Toutefois, elle nous remet le résultat de la réaction de Bordet-Wasserman, qui est positif avec une très forte intensité.

L'aspect de la malade est très caractéristique : à une cyanose intense se joint une dyspnée considérable qui s'exaspère au moindre effort et donne lieu à des accès de très violente suffocation, excessivement impressionnants. Elle présente en outre du cornage et du tirage.

L'examen laryngoscopique, très difficile en raison de l'état d'asphyxie de la malade, permet toutefois de constater une infiltration sus-glottique diffuse. Cette infiltration est rouge vif.

L'épiglotte est augmentée de volume ; les aryténoïdes et les bandes ventriculaires sont très infiltrées ; sous la bande droite, on aperçoit la corde vocale droite, qui est également le siège d'une douleur très vive.

Le maximum de l'infiltration se trouve nettement au niveau de la région aryténoïdienne droite et de la bande droite.

La malade accuse de la douleur à la déglutition et de la sensibilité à la palpation.

L'examen des autres organes ne donne pas de résultats appréciables :

Les poumons présentent des sibilances et des râles de bronchite. Le cœur, l'estomac, le foie, la rate et les reins paraissent normaux.

L'examen du système nerveux ne décèle qu'une légère inégalité pupillaire sans déformation du contour. Les réflexes lumineux sont normaux, l'accommodation normale. L'examen du fond d'œil ne montre rien de particulier. Les réflexes tendineux sont absolument normaux. La tension artérielle prise avec l'appareil de Pachon à double brassard donne 17 pour la maxima et 9 pour la minima. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Devant l'intensité des symptômes et le résultat positif de la réaction de Wassermann, on décide d'instituer sans retard un traitement spécifique très énergique, nous réservant de pratiquer la trachéotomie d'urgence en cas de besoin.

Le 10 août, la malade reçoit donc 0 gr. 30 de novarsénobenzol intraveineux. Les 11, 12 et 13 août, trois injections d'Enésol intramusculaire à la dose de 6 centigrammes par jour. Le 14 août, 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

Les étouffements, que le repos avait un peu calmés, semblent

augmenter d'intensité. On laisse alors la malade au repos pendant quatre jours. Le 18 août, on lui injecte 0 gr. 60 de novarsénobenzol intraveineux. Dix minutes après l'injection, la malade se plaint de sensation de chaleur, d'étourdissements avec nausées. Au cours de la journée, elle est prise de violentes quintes de toux avec étouffements, qui rendent son état très précaire.

On pratique à ce moment un examen radioscopique, qui montre un poumon droit légèrement voilé au sommet. Le reste du poumon droit et le poumon gauche présentent des traces de sclérose. Les culs de sac sont libres. A l'examen orthoradioscopique du cœur, on trouve une assez forte dilatation de l'aorte. L'examen de crachats ne décèle pas de bacilles de Koch.

Le novarsénobenzol étant très mal toléré et la dyspnée étant plus intense que précédemment, on a l'idée de pratiquer des injections intraveineuses de cyanure de mercure à doses massives, dont nous avons pu depuis quelque temps déjà constater les bons effets dans la thérapeutique ophtalmologique.

La malade reçoit donc :

Le 18 août : un centigramme de cyanure de mercure.

Le 19 août : deux centigrammes.

Le 20 août : trois centigrammes.

Le 21 août : quatre centigrammes.

Le 22 août : quatre centigrammes.

(Au-dessus de deux centigrammes de cyanure, nous avons ajouté une quantité égale d'eau distillée, pour diluer notre solution.)

Le 22 août, la malade est prise de coliques assez fortes avec diarrhée un peu sanguinolente. Mais la transformation est si frappante à partir de ce moment qu'on pourrait presque con-

clure que c'est au moment où l'intoxication mercurielle a débuté que s'est manifestée l'amélioration. Les crises d'étouffement ont disparu ; la dyspnée persiste encore, mais très diminuée. La voix est toujours voilée et la toux rauque.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte a repris son aspect normal, les bandes ventriculaires ne sont presque plus infiltrées. Il persiste seulement une grosse infiltration de la corde vocale droite et de la région aryénoïdienne droite.

En raison de la diarrhée d'une part et de la sédation inespérée des symptômes laryngés, on poursuit le traitement par une thérapeutique moins énergique, sous la forme d'injections intraveineuses d'Enésol, à la dose de six centigrammes par jour. Le 28 août, la malade, se considérant comme guérie et désirant reprendre son travail, nous quitte, malgré nos conseils, en nous promettant cependant de venir deux fois par semaine pour continuer son traitement, ce qu'elle ne fit d'ailleurs pas.

Et ce n'est que le 14 octobre qu'elle nous revient, présentant une dyspnée assez intense, sans crises d'étouffements paroxystiques cependant comme la première fois. La voix est très voilée et la toux rauque.

A l'examen laryngoscopique, on trouve une infiltration considérable de la région aryénoïdienne droite et de la corde vocale droite.

La malade nous avoue qu'elle a commis quelques imprudences et que son affection l'a reprise à la suite d'un refroidissement.

Sans retard, on institue le traitement à l'aide de doses massives de cyanure de mercure intraveineux, et l'on pratique :

Le 14 octobre : un centigramme de cyanure de mercure ;

Le 15 octobre : un centigramme et demi ;

- Le 16 octobre : deux centigrammes ;
- Le 17 octobre : deux centigrammes et demi ;
- Le 18 octobre : trois centigrammes ;
- Le 19 octobre : quatre centigrammes ;
- Le 20 octobre : quatre centigrammes.

A ce moment, la malade présente quelques coliques et un peu de diarrhée, et, dans la crainte de voir réapparaître des selles sanguinolentes, on arrête le traitement pendant deux jours. Les symptômes intestinaux douloureux cessent rapidement et, dès ce moment, l'état laryngé de la malade s'est considérablement amélioré. Là encore, la sédation s'est produite assez brusquement, au moment où l'intoxication mercurielle a commencé.

La dyspnée a disparu et l'examen laryngoscopique montre encore un certain degré d'infiltration de la corde vocale et de l'aryténoïde droits. La voix est voilée, la toux demeure rauque.

On reprend le traitement mercuriel à la dose quotidienne de deux centigrammes de cyanure de mercure, pendant cinq jours, du 23 au 27 octobre. A cette date, la guérison clinique peut être considérée comme complète. Il n'y a plus trace de dyspnée, même à l'occasion d'efforts. La toux n'est plus rauque, et seule la voix n'a pas repris son timbre normal et demeure encore légèrement voilée. Par mesure de prudence, nous avons soumis la malade au repos absolu, sans traitement, du 27 octobre au 7 novembre. Depuis cette époque, nous lui faisons, deux fois par semaine, une injection intraveineuse d'Enésol à la dose de six centigrammes par piqûre.

Le 3 décembre, cliniquement, la guérison se maintient. La voix paraît normale, bien que la malade la déclare encore très

légèrement voilée. La respiration est aisée, l'état général excellent.

L'examen laryngoscopique décèle cependant une ankylose crico-aryténoïdienne droite. L'examen des autres organes ne présente aucun fait nouveau. La tension artérielle, mesurée au Pachon à double brassard, donne 16 pour la maxima et 9 pour la minima. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le fond d'œil est normal. La réaction de Bordet-Wassermann est toujours très fortement positive.

Nous relevons dans cette observation particulière les faits suivants :

L'infiltration sus-glottique est généralisée, puisque l'épiglotte, les aryténoïdes, les cordes inférieures et supérieures sont le siège d'une inflammation dans leur ensemble. Cependant, il faut remarquer que cette inflammation n'est pas uniformément distribuée. Elle prédomine singulièrement à droite. Elle est plus intense sur la région aryténoïdienne droite et sur la bande ventriculaire droite, qui masque presque toute la corde vocale. Cette infiltration intense de la région aryténoïde rend bien compte, ajoutée aux autres lésions, de la forte dyspnée présentée par notre malade. On comprend également que les troubles de la voix aient revêtu un caractère particulièrement marqué.

Ces lésions sont des lésions purement inflammatoires au début et sans réaction de sclérose. Elles sont donc parfaitement justiciables d'un traitement énergique.

L'évolution de cette affection n'est pas uniforme, puisqu'elle présente des paroxysmes que déterminent des

causes variables. C'est ainsi que l'on peut voir la dyspnée augmenter dans certaines conditions : elle est plus marquée la nuit que le jour ; le sommeil donne lieu à de violentes crises de suffocation qui obligent la malade à rester loin de son lit. Nous avons également noté l'influence fâcheuse de l'état atmosphérique, dont les variations sont très néfastes pour ces malades. En effet, le rhume le plus banal vient encore entraver leurs fonctions respiratoires. Il faut sans nul doute attribuer une grosse part à l'emphysème que présente depuis très longtemps notre sujet. Enfin, l'action congestive de l'iode ne nous paraît pas être étrangère à ces crises de dyspnée paroxystique.

Au point de vue étiologique, il est nécessaire de discuter la tuberculose. Nous avons été impressionnés par les nombreux cas de tuberculose survenus dans la famille de cette malade. Il était logique de penser que la malade ne devait pas être considérée, *a priori*, comme indemne de toute lésion, malgré le peu de signes fournis par l'auscultation. L'examen des crachats a été négatif, et la radioscopie pulmonaire n'est pas très démonstrative. La sclérose pulmonaire peut tout aussi bien être rattachée à la syphilis. Dans ce cas, si la tuberculose était en cause, nous aurions affaire à une forme pulmonaire silencieuse. Il serait vraiment étonnant qu'à cette forme pulmonaire scléreuse, à évolution torpide, se rattachât une forme évolutive de bacillose laryngée. Nous avons également pensé à une association syphilo-tuberculeuse du larynx. Nous ne nous y sommes pas arrêté, parce que,

dans les hybrides, il est de règle que ce soient les caractères graves de la tuberculose qui l'emportent de beaucoup.

Il était également nécessaire de discuter le cancer, dont la différenciation peut être presque impossible par le seul examen laryngoscopique. Nous aurions pu pratiquer une biopsie, mais la malade s'y est opposée.

La syphilis n'était pas discutable, en raison de la forte intensité de la réaction de Bordet-Wassermann. Mais était-elle bien responsable des lésions laryngées ? Nous croyons pouvoir l'affirmer, d'après l'aspect typique que ces lésions présentaient à la laryngoscopie. Ce qui est venu nous fortifier encore dans cette opinion, c'est le fait qu'il existe des lésions connexes. En effet, l'examen ortho-radioscopique nous a montré l'existence d'une assez forte dilatation aortique. De plus, nous avons trouvé une légère inégalité pupillaire.

Wassermann ultra-positif ; dilatation aortique ; inégalité pupillaire ; infiltration laryngée cliniquement d'aspect spécifique : il semble bien qu'on puisse étayer sur ces quatre piliers un diagnostic ferme de syphilis.

Nous croyons bon de faire remarquer en outre que l'existence de la dilatation aortique est de nature à expliquer, au moins autant que l'influence de l'iode et des rhumes, les paroxysmes asphyxiques présentés par la malade.

A notre dernier examen laryngoscopique, nous avons noté, comme reliquat de l'infiltration aryténoïdienne droite, une ankylose crico-aryténoïdienne droite qu'il faut rattacher à de l'arthrite. La corde droite n'est pas

en position cadavérique, et on ne peut attribuer à la compression du récurrent droit son défaut de mobilité.

Nous sommes obligé d'avouer qu'à deux reprises différentes nous avons pensé à pratiquer la trachéotomie, en raison de l'intensité de la dyspnée. Nous avons préféré attendre jusqu'à la dernière limite, un peu en souvenir de notre premier cas et surtout à cause de la nature de la lésion, qui nous paraissait purement inflammatoire, sans réaction de sclérose.

Il est classique de donner à ces malades de l'iodure à hautes doses : cinq à six grammes par jour. Dans les observations de Revol, l'iodure a vraiment fait merveille et les lésions ont rétrocedé très rapidement sous son influence. Dans notre observation, il n'en a pas été de même, et notre malade a vu nettement sa situation empirer après un traitement par le sirop de Gibert. D'ailleurs, l'iodure présente des dangers certains : il favorise des poussées congestives et il peut à lui seul entraîner un œdème de la glotte rapidement mortel. D'autre part, l'iode n'agit bien que sur des lésions de sclérose. Il nous paraissait donc inutile et dangereux d'administrer de l'iodure à une malade présentant des lésions actives et à forme congestive.

Lermoyez a d'ailleurs signalé l'action néfaste de l'iodure en ces termes : « Il est une règle laryngologique très dangereuse à violer : c'est de ne jamais prescrire d'iodure à de tels malades, attendu que la moindre crise d'iodisme risquerait de provoquer dans leur larynx déjà rétréci une sténose complémentaire qui les tuerait en peu d'instants. »

Nous avons institué un traitement par le néo-salvarsan, qui nous était signalé comme un médicament très efficace dans les formes tertiaires de la syphilis, par de très nombreuses observations favorables. Nous ne contestons pas sa valeur, mais constatons seulement qu'il a été très mal supporté, aussi bien dans notre première observation que dans la deuxième ; pis encore, il nous a paru aggraver nettement les symptômes d'asphyxie. C'est un fait à rapprocher sans doute de celui publié par le Docteur Trimarchi, de Pavie, qui rapporte un cas d'œdème aigu de la glotte par le néo-salvarsan. Toutefois, dans l'observation du Docteur Trimarchi, les crises d'œdème ont diminué progressivement d'intensité à chaque injection nouvelle ; dans la nôtre, elles ont été en croissant, comme si la malade s'était, par l'usage, sensibilisée au médicament. Enfin, et c'est évidemment le reproche que nous faisons au novarsénobenzol, dans ce cas particulier, il ne nous a donné aucun résultat.

Si l'action congestive de l'iodure est bien connue, le mécanisme d'action du novarsénobenzol l'est moins. Sans doute convient-il de reconnaître comme cause immédiate de l'œdème des troubles circulatoires, mais nous n'avons aucune idée de la cause même de ces troubles circulatoires.

Nous avons dû, en conséquence de l'intolérance marquée pour le novarsénobenzol, recourir aux injections intraveineuses de cyanure de mercure. Nous avons pratiqué des doses massives, parce que l'expérience nous a montré qu'il n'agit bien que dans ces conditions. D'autre part, en raison de l'extrême gravité des accidents, et

pour éviter à tout prix la trachéotomie qui paraissait s'imposer à bref délai, nous nous sommes cru autorisé à dépasser les doses habituelles et à les renouveler chaque jour. Cette méthode présente évidemment des inconvénients : d'abord, le patient doit supporter de fréquentes piqûres. Enfin, il faut tenir compte de deux accidents qui surviennent presque toujours dans la thérapeutique mercurielle : la stomatite et les coliques avec diarrhée, allant parfois jusqu'à la présence de sang dans les selles. Dans notre cas, la stomatite fut insignifiante, parce que nous avons pris la précaution de faire absorber à notre malade du chlorate de potasse et également de lui faire très souvent nettoyer la bouche et les dents avec une préparation à base de novarsénobenzol. Pour éviter dans la mesure du possible les coliques et la diarrhée, nous avons toujours dilué la solution de cyanure de mercure avec une quantité égale d'eau distillée. Cette technique nous a paru augmenter sensiblement la tolérance de l'organisme vis-à-vis du mercure, puisque, malgré des doses considérables, nous n'avons eu à déplorer que les accidents intestinaux assez légers, qu'on rencontre fréquemment avec de très petites doses de cyanure. Nous avons donc pu injecter la première fois quatorze centigrammes de cyanure en cinq jours, et la deuxième fois vingt-huit centigr. en douze jours, sans accident sérieux. Un inconvénient plus grave du cyanure de mercure paraît être sa rapidité d'élimination. En effet, malgré cette thérapeutique à doses massives, et peut-être à cause d'elle, le résultat obtenu n'a pas été durable, puisqu'un mois et demi à peine après

ce traitement, la malade a présenté une rechute presque aussi grave que la première atteinte.

Par contre, le cyanure de mercure présente nettement des avantages considérables. Son action sur les lésions a été particulièrement rapide, puisqu'en cinq jours la première fois, en sept jours la seconde fois, nous avons obtenu la disparition de crises d'asphyxie extrêmement graves et la rétrocession presque complète des lésions. En somme, d'après les auteurs que nous avons consultés, l'action du novarsénobenzol n'est pas sensiblement plus prompte. Son efficacité a été remarquable dans notre observation.

Donc, malgré les inconvénients du cyanure de mercure et à cause d'eux, il faut, pour obtenir de bons résultats, frapper vite, fort et longtemps.

Si nous résumons rapidement la question du traitement antispécifique dans les laryngopathies tertiaires, nous voyons que : le novarsénobenzol peut présenter des dangers très sérieux et que son efficacité n'est pas constante.

L'iode présente également de gros dangers et ne nous paraît justifié que dans les lésions scléreuses, non actives et peu susceptibles de poussée congestive.

Nous n'avons pas essayé le bismuth, parce que nous n'en avons pas une expérience suffisante.

Le produit de choix nous paraît être le mercure, administré sous la forme la plus active : le cyanure de mercure, en injections intraveineuses. Son efficacité est incontestable. Sa rapidité d'action a été très contestée,

mais nous croyons que c'est tout simplement une question de doses.

Il faut, en prenant toutes les précautions, injecter des doses fortes, sinon massives, suivant un rythme fréquent, et prolonger le traitement, sous peine de récurrences rapides.

Une fois passé le danger que feraient courir au malade de graves poussées congestives, on peut administrer n'importe quel autre médicament, même de l'iodure.

Conclusions

I. — La syphilis au niveau du larynx revêt de nombreuses formes anatomo-cliniques. L'une des plus rares se manifeste sous l'aspect d'une infiltration gommeuse diffuse.

II. — Relativement fréquente et très caractéristique dans la zone sous-glottique, on l'observe beaucoup moins souvent dans l'espace sus-glottique. Nous apportons ici une observation de cette localisation.

III. — Aucun signe fonctionnel ne lui appartient en propre. Les troubles qu'elle provoque ne sont graves qu'à proportion de l'étendue des lésions, ici non circonscrites.

IV. — Le laryngoscope fera le diagnostic de l'espèce morbide : infiltration légèrement œdémateuse, rouge vif, sans limites précises. Ces caractères et l'examen général du malade en fixeront la nature syphilitique et permettront aisément d'éliminer les autres causes d'infiltration laryngée.

V. — Le diagnostic complet doit être précoce, car une complication est éminemment redoutable : l'asphyxie. Rarement, la dyspnée atteindra une intensité telle que le recours à la trachéotomie s'impose. En toutes

circonstances, il ne faut point se hâter, car cette intervention n'est pas sans risques et peut être mortelle. Enfin, surtout l'infiltration est la forme de syphilome qui cède le mieux au traitement spécifique.

VI. — Il nous a semblé qu'en période aiguë, à l'iode susceptible à lui seul de déterminer des accidents d'œdème glottique, à l'arsenic dont l'action peut se localiser au larynx, il fallait préférer le cyanure de mercure à doses fortes et rapprochées, en l'employant avec toute la prudence et les précautions les plus minutieuses pour éviter tout accident. Ainsi appliqué, le médicament fait merveille. La phase aiguë passée, on peut avoir recours à n'importe quel autre produit antispécifique.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- Nattier.* — Arthrite crico-aryténoïdienne. *Revue de Laryngol.*, 1^{er} juillet 1892.
- Luc.* — Sténose laryngée aiguë d'origine syphilitique. *Archives de Laryngol.*, 1891.
- Lermoyez.* — Syphilome sous-glottique. *Annales Maladies de l'Oreille*, 1904, I, p. 143.
- Groenbeck.* — Infiltration diffuse gommeuse du Larynx. *Soc. Otol. Laryngol. Danoise*, 25 octobre 1902.
- A. Fournier.* — *Traité de la Syphilis*, tome II, 1906.
- Lermoyez.* — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1907.
- Herzfeld.* — Communication au III^e Congrès International de Laryngol., 1911.
- Lermoyez et Ramadier.* — *Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1922.
- Coulet.* — *Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx*. Nancy, 1924.
- Rassmann.* — *Zeitschrift. für Hals. Nase*, t. VIII, n° 1, 1924.
- V. Davis.* — Tuberculose et Syphilis du Larynx. *Annales Mal. Or. et Larynx*, 1925.
- A. Trimarchi.* — Œdème aigu de la Glotte. *Annales Mal. Or. et Larynx*, 1925.
- Mullin.* — *Annals of Otology*, t. XXXIV, n° 1, 1925.
- Guisez.* — *La Pratique oto-rhino-laryngologique* 1914.

- Rimini.* — Arch. Ital. di Otol., vol. XXXII, fasc. IV, 1921.
L. Brocq. — Réflexions d'un Praticien. Presse Médicale, 17 mai 1922.
Brouardel et Gilbert. — Maladies du Nez et du Larynx, t. XXVII, 1908.
De Parrel. — Précis de Thérapeutique médicale oto-rhinolaryngol., 1921.
Richaud. — Précis de Thérapeutique de de Pharmacologie, 1921.
Moulonguet. — Les grands Syndromes oto-rhino, 1926.
Revol. — La Syphilis tertiaire du Larynx. Thèse de Lyon, 1905.
Garel. — Société française de Laryngologie, 1893.
Garel et Sargnon. — Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx. Juillet 1896.
Castex. — France Médicale, 1895.
Lancereaux. — Syphilis des Voies respiratoires. Sem. Médicale, 1891 (n° 1).
Mauriac. — La Syphilis tertiaire. Paris, 1890.
Mendel. — Bulletin de la Société de Dermatol. et de Syphiligraphie, 1895.
De Gennes et Griffon. — Syphilis tertiaire du Larynx. Bulletin Soc. Anat., nov. 1896.
Mauriac. — Traitement de la Syphilis, 1896.
Troisier. — Guérison par le Bismuth d'une Laryngite ulcéreuse tertiaire. Gaz. Hôpitaux, 1923.
Glas. — Diffuse girmöse infiltration des Kelkopfes. Wien Med. Wochenschrift, 1922, t. I-XXII, 144-146.
Carnot, Harvier, Rathery. — Précis de Thérapeutique, 1925.
Gougerot. — Polyintolérance aux Antisyphilitiques. Paris Médical, 1926.
Milian. — Thérapeutique antisyphilitique. Paris Médical, 1926.

